

Patienteninformation

Kernspintomographie/Magnetresonanztomographie

Die Kernspintomographie ermöglicht die Erstellung von Schnittbildern des Körpers ohne Anwendung von Röntgenstrahlen. Der Patient liegt lediglich in einem Magnet- oder Hochfrequenzfeld (entspricht Radiowellen).

Untersuchungsablauf

Die Untersuchung dauert ca. 30 Minuten. Während des Betriebes erzeugt das Gerät ein relativ lautes Geräusch, welches einem Hämmern oder Klopfen ähnlich ist. Es ist im Allgemeinen gut auszuhalten, wir bieten Ihnen zusätzlich Kopfhörer oder Ohrstöpsel an.

Sie sollten während der Messungen ruhig und möglichst entspannt liegen. Am besten halten Sie die Augen geschlossen. Sollten Sie während der Untersuchung Beschwerden, Schmerzen oder andere Störungen ihres Wohlbefindens bemerken, scheuen Sie sich nicht sich über die Klingel bemerkbar zu machen. Wir kümmern uns dann sofort um Sie.

Im Rahmen der bei Ihnen geplanten Untersuchung ist möglicherweise die intravenöse Gabe eines Gadolinium-haltigen Kontrastmittels erforderlich. Das Kontrastmittel Gadolinium kann zu Ablagerungen in Hirnstrukturen führen. Bis zum heutigen Zeitpunkt sind dadurch noch keine Schäden bei Patienten bekannt geworden. Bei Patienten mit bestehender Niereninsuffizienz / Dialyse / Leberleiden / nach Nieren- oder Lebertransplantation kann es sehr selten zu einer nephrogenen systemischen Fibrose (NSF) kommen, die zu ausgedehnten Gewebsfibrosen mit schwerwiegenden Behinderungen führen und potenziell letal verlaufen kann. Entsprechend den von der europäischen Arzneimittelbehörde (EMA) empfohlenen Vorsichtsmaßnahmen wird die KM-Gabe auf unumgängliche Fragestellungen beschränkt und es werden nur bestimmte Verbindungen in niedrigst möglicher Dosierung verwendet. Das Kontrastmittel wird in der Regel gut vertragen; bei Überempfindlichkeit kann es jedoch zu Brechreiz, Juckreiz, Hautausschlag und ähnlichen Reaktionen kommen, die in der Regel rasch wieder abklingen. Schwere, lebensbedrohliche Reaktionen sind extrem selten, wir sind jedoch auch für diesen Fall bestens ausgerüstet.

Im gesamten Untersuchungsraum herrscht ein starkes Magnetfeld. Zu Ihrer Sicherheit sollten Sie deshalb folgende Punkte unbedingt beachten:

Wichtig!! Wichtig!! Wichtig!! Wichtig!! Wichtig!! Wichtig!!

Vor Betreten des Untersuchungsraumes müssen Sie folgendes ablegen:

- Karten mit Magnetstreifen, wie z.B. Scheck- und Kreditkarten, Parkkarte
- Sämtliche Metallteile, wie z.B. Münzen, Taschenmesser, Feuerzeug, Schlüssel, Haarnadeln, Uhren, loser Schmuck und Gürtel.
- Handy, MP3-Player, iPod o. ä.
- Hörgeräte
- Zahnersatz (nur bei Untersuchungen der Kopf- und Halsregion)

Für den reibungslosen Ablauf der Untersuchung bitten wir Sie, uns auf der Rückseite noch einige Fragen möglichst genau zu beantworten.

Sollten Sie noch Fragen haben, werden wir diese selbstverständlich gerne mit Ihnen besprechen.

Ihr Kernspin- Team

Anamnesebogen für die Kernspintomographie

Name, Vorname: _____ Geb.Datum: _____

Strasse, Ort: _____ Gewicht: _____ kg

Größe: _____ m

Bitte beantworten Sie uns folgende Fragen:

1. Wurden bei Ihnen folgende Geräte implantiert?
 - Herzschrittmacher oder Eventrekorder O ja O nein
 - Neurostimulator oder Rückenmarkstimulator O ja O nein
 - Insulinpumpe oder Schmerzpumpe O ja O nein
 - Innenohrprothese oder Cochleaimplantat O ja O nein

2. Tragen Sie ein Hörgerät? O ja O nein
3. Haben Sie Gefäßstützen wie z.B. Stents oder Gefäßklips? O ja O nein

Wenn ja, seit wann?
4. Haben Sie eine künstliche Herzklappe? O ja O nein
5. Tragen Sie an Ihrem Körper Tätowierungen, Piercings oder ein Permanent Make-up? O ja O nein
6. Sind in Ihrem Körper Metallteile wie z.B. Metall- oder Granatsplitter, Operationsnägel
Schrauben, Klammern, Gelenkprothesen ... O ja O nein
7. Tragen Sie eine Zahnprothese oder eine feste Zahnspange? O ja O nein
8. Leiden Sie an Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis, MRSA...)? O ja O nein
9. Sind bei Ihnen Allergien oder Asthma bekannt? O ja O nein

Wenn ja, welche?
10. Ist bei Ihnen eine Einschränkung der Nierenfunktion bekannt? O ja O nein
10. Ist bei Ihnen ein grüner Star/ein Glaukom/ erhöhter Augeninnendruck bekannt O ja O nein
11. Nehmen Sie regelmäßig Antidepressiva ein? O ja O nein
12. Leiden Sie unter Platzangst? O ja O nein
- 13. Bei Männern:** Leiden Sie an einer Prostatavergrößerung? O ja O nein
- 14. Bei Frauen:** Ist bei Ihnen eine Schwangerschaft bekannt? O ja O nein

Stillen Sie? O ja O nein

Tragen Sie eine Spirale? O ja O nein

Sind Sie ggf. mit einer Kontrastmittelgabe einverstanden? O ja O nein

Einwilligung zur Untersuchung:

Den Aufklärungsbogen habe ich gelesen und verstanden und bin mit der Durchführung einer Kernspintomographie einverstanden. Mir ist bekannt, dass ich auf Anfrage eine Kopie dieses Bogens erhalten kann. Die im Wartebereich ausliegende bzw. bei der Anmeldung einsehbare „Patienteninformation zum Datenschutz“ (nach DS-GVO vom 25.05.18) habe ich zur Kenntnis genommen und stimme der zweckgebundenen Verarbeitung meiner Daten zu.

Datum:

Unterschrift:

Unterschrift Arzt: